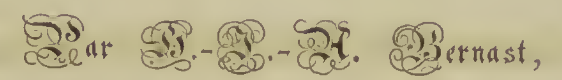
considérations
SUR LES CORPS ÉTRANGERS DANS L'OESOPHAGE
ET
SUR L'OESOPHAGOTOMIE,
MODIFICATION DANS LE PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.



Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,
LE   AOÛT 1837,


Par H.-J.-A. Bernast,
d'Hazebrouck (*département du Nord*),
Chirurgien militaire, Membre de l'Ordre du Mérite militaire de Pologne,

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

Satiùs est anceps experiri auxilium quàm nullum.
Celse.

MONTPELLIER,
DE L'IMPRIMERIE D'ISIDORE TOURNEL AINE,
RUE AIGUILLERIE, N.° 39.
[1837]

A M. LAROCHE,

Chirurgien principal d'Armée, Chirurgien en Chef de l'Hôpital militaire de Lyon, Membre adjoint à l'Académie de Médecine de Paris, Membre de la Légion d'Honneur, etc., etc.

Sentimens de respect et de gratitude.

A la mémoire de mon Père et de ma Mère.

A mes Frères et Sœurs.

Amitié sincère.

H.-J.-A. BERNAST.



CONSIDÉRATIONS

SUR LES CORPS ÉTRANGERS DANS L'ŒSOPHAGE

ET

sur l'œsophagotomie,

MODIFICATION DANS LE PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

Précis Historique.

L'histoire des corps étrangers dans l'œsophage, comme celle des corps étrangers dans les voies respiratoires, fut marquée par deux époques bien distinctes. Elle consista d'abord dans des observations isolées, racontées simplement sans aucune déduction théorique capable de faire profiter la science et l'art. Aussi à cette époque, lorsqu'on ne pouvait se rendre maître du corps étranger, laissait-on agir la nature, attendait-on une guérison spontanée. A peine si quelques hommes, d'une haute pratique, avaient entrevu la possibilité d'une opération propre à débarrasser le malade. Il faut arriver à l'Académie royale de chirurgie pour voir Hévin former un faisceau des faits isolés, formuler toutes les indications relatives aux corps étrangers, et donner une division de ces indications, basée sur les connaissances chimiques et physiologiques de son époque.

Ce n'est que lorsque la précision, s'introduisant dans toutes les sciences, eut rendu l'anatomie plus sévère et en même temps plus chirurgicale qu'on reconnut l'œsophagotomie comme opération régulière et comme pouvant tomber dans le domaine de la masse commune des praticiens. On ne peut passer outre sans faire à M. Begin l'honneur de ce succès dans le Manuel opératoire de l'œsophagotomie.

Cette dissertation n'a pas pour but de retracer une histoire complète des corps étrangers dans l'œsophage. Ayant été témoin d'un fait qui nous a paru intéressant, nous avons seulement voulu grouper autour de lui quelques considérations propres à faire voir les accidens qui peuvent résulter de la présence des corps étrangers dans le conduit alimentaire, partir de là pour prouver l'utilité de l'œsophagotomie, et démontrer que bien de victimes eussent été sauvées, si le chirurgien, moins prévenu contre ses difficultés et ses dangers, eût osé la pratiquer.

Ces accidens dont nous parlons sont de deux sortes : les uns, qu'on pourrait appeler *primitifs*, ne sont que des effets immédiats de l'introduction des corps étrangers ; savoir :

1° L'obstruction complète ou incomplète de l'œsophage, et par suite la difficulté ou l'impossibilité de l'ingestion des alimens et des boissons.

2° La compression de la trachée-artère entraînant une suffocation qui peut aller jusqu'à l'asphyxie. Tout le monde connaît le fait rapporté par Habicot, de ce jeune garçon qui avait avalé neuf pistoles renfermées dans un linge, et sur qui il pratiqua l'opération de la bronchotomie.

3° La compression des vaisseaux situés sur le plan prévertébral de la colonne cervicale, favorisant des congestions sanguines vers le cerveau.

4° Le trouble de l'innervation, qui n'est ordinairement marqué que dans le temps de la déglutition.

A l'aide des symptômes fournis par la lésion de chacune de ces fonctions, à l'aide des circonstances commémoratives et surtout lorsqu'il est facile de sentir le corps étranger, le diagnostic

est de la plus grande facilité, et l'on peut souvent remédier de bonne heure aux accidens. Mais si le corps étranger est peu volumineux, s'il n'obture pas entièrement le passage des alimens et des boissons, s'il ne produit qu'une sensation de gêne, si le malade doute presque qu'il ait avalé un corps étranger, ou si, après s'être assuré de sa présence et avoir fait des tentatives infructueuses pour le retirer, le chirurgien l'abandonne à la nature, alors il peut à la longue survenir des accidens *consécutifs* tellement graves, que la mort en est presque toujours le résultat.

On pourrait trouver dans les annales de la science une foule d'exemples : 1° d'abcès qui, à la suite de corps étrangers dans l'œsophage, ont fusé dans le médiastin postérieur ; 2° de rétrécissemens de ce conduit alimentaire qui ont compromis la vie des malades en les conduisant au marasme ; mais pour ne parler que des cas les plus graves et les plus extraordinaires, nous nous bornerons à citer les observations suivantes.

1re Observation. Dupuytren a vu l'œsophage enflammé par la présence d'un corps étranger, contracter des adhérences avec la trachée-artère et s'ouvrir dans ce conduit, de telle sorte que le malade rendait par la toux la plus grande partie des alimens et des boissons dont il faisait usage ; la mort fut le résultat d'un désordre aussi grave.

2e Observation. M. Martin, chirurgien-major au 57e de ligne, a donné en 1821 l'observation d'une érosion de l'aorte, produite par une pièce de six francs, ingérée depuis quinze jours et arrêtée dans l'œsophage ; le militaire qui en fut le sujet périt victime d'une hémorrhagie considérable qui survint sans que la cause en fût connue, et qui ne put être attribuée à la présence d'un corps étranger qu'à l'autopsie (1).

3e Observation. J'ai été témoin d'un fait qui offre quelque similitude avec le précédent.

Le 10 juin 1830, entra à l'hôpital militaire de Toulon le nommé M,.., jeune soldat au 17e de ligne. En mangeant, quelques jours

(1) D'autres cas de même genre se sont offerts à M. Haurmaine et M. le professeur Dubrueil.

auparavant, la soupe à la caserne, il croyait avoir avalé soit un os, soit une épingle, et dès lors il avait ressenti dans la partie postérieure de la poitrine, au niveau du creux de l'estomac, une douleur pongitive, lancinante, parfois insupportable. Toutefois il ne confia cette circonstance qu'à ses camarades, et n'en fit aucune mention ni au chirurgien de garde, ni au chirurgien aide-major qui le vit à la visite du soir. Celui-ci, frappé par l'existence de cette douleur et observant que le pouls était fort et plein, la respiration gênée, le visage coloré, la céphalalgie intense, prescrivit une saignée de seize onces, ainsi qu'une application de cinquante sangsues à l'épigastre.

Le lendemain le médecin, suivant les indications déjà données, et ignorant la cause à laquelle le malade rapportait sa douleur, prescrivit de nouveau cinquante sangsues à l'endroit douloureux. Mais la douleur persistait, l'ingestion des boissons était pénible, l'oppression violente; il y avait perte de sommeil; l'inquiétude se peignait sur le visage, le pouls conservait de la dureté et de la fréquence : une saignée de dix onces fut prescrite. Deux jours se passèrent encore sans obtenir un allégement sensible dans les symptômes; un vésicatoire fut alors appliqué sur le bras gauche. Le malade se découragea; une toux sèche survint, et les secousses qu'elle imprimait à la poitrine causaient de vives douleurs. Les jours suivans n'amenèrent pas de changement à cet état. Dans la nuit du 17 au 18, l'anxiété et l'oppression augmentèrent; les douleurs devinrent intolérables et arrachèrent des cris au malade, qui tour-à-tour se levait, se couchait, se retournait dans son lit. Enfin, des nausées et des coliques surviennent; quelques onces de sang sont vomies; le pouls est petit et serré. Le chirurgien de garde appelé prescrivit une potion éthérée et un lavement émollient : au moment où l'on se dispose à remplir cette dernière prescription, M.... se dresse dans son lit, laisse échapper des matières fécales, retombe et meurt avec de violentes convulsions.

Autopsie. Habitude extérieure. — Forte constitution; système

musculaire bien dessiné, partout recouvert d'une couche épaisse de tissu cellulaire.

Poitrine. — A peine le scalpel eut-il pénétré dans le thorax pour couper les cartilages intercostaux, qu'un liquide sanguinolent s'écoula par l'ouverture. Je retirai bientôt des cavités de la poitrine et particulièrement de la droite des caillots volumineux d'un sang noirâtre, dont la réunion pouvait former une masse de trois à quatre livres : dès lors il n'était que trop certain que la mort de M... était due à cet épanchement ; mais d'où provenait-il ? On ne pouvait l'attribuer à une de ces pleurites hémorrhagiques dont parle M. le professeur Broussais. Le caractère et la marche des symptômes écartaient absolument cette supposition : il fallait nécessairement en accuser la rupture de quelque vaisseau considérable. Le cœur était intact, l'oreillette et le ventricule du côté droit étaient affaissés et ne renfermaient point de caillots sanguins. L'aorte ainsi que les veines pulmonaires ne présentaient aucune solution de continuité; mais en voulant m'assurer s'il en était de même de l'artère pulmonaire, je découvris à la hauteur du fibro-cartilage qui existe entre la troisième et la quatrième vertèbre dorsale, au-devant de l'œsophage, un os aplati à pointes aigues, dentelé sur l'un de ses bords, et semblable pour la forme et la grandeur à un os propre du nez, dont un des angles serait plus prolongé que les autres et très-aigu; il avait pratiqué à l'œsophage une ouverture triangulaire de quatre à cinq lignes d'étendue. Une autre ouverture à bords amincis et comme usés par le frottement, avait été faite à l'artère pulmonaire au moment où ce vaisseau, après s'être dégagé du côté gauche de l'aorte, va se diviser pour pénétrer dans le poumon. La pointe la plus acérée de l'os était en contact avec la partie lésée. Le tissu cellulaire du médiastin était d'un rouge brun et présentait des traces de suppuration. La racine du poumon droit était infiltrée de sang; il en était de même de cette portion de la plèvre qui recouvre les vaisseaux sanguins avant qu'ils pénètrent dans l'organe respiratoire.

Ces deux observations prouvent évidemment combien il est facile de se méprendre a l'occasion d'un malade qui a avalé un corps étranger, surtout lorsque les renseignemens sont si peu satisfaisans ; et il faut l'avouer, la tendance à laquelle on se laisse aller, de vouloir trouver, chez des malades, autre chose qu'un accident grave, décide le plus souvent du sort de ces individus.

Dans les deux observations qui suivent, nous voyons l'exemple de corps étrangers qui, d'abord reconnus, furent ensuite perdus de vue, abandonnés à eux-mêmes, et qui occasionèrent la mort ; dans le premier cas, trois mois, dans l'autre, quinze jours après l'arrivée de l'accident. Le premier fait a été fourni par M. Dumoutier, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Omer.

4e Observation. Le 29 avril 1820, en mangeant la soupe, un chasseur du 3e bataillon de la légion de l'Eure, avala une esquille de bœuf dont il ne put déterminer ni la grosseur ni la longueur. On fit, pour repousser ce corps dans l'estomac, des tentatives qui semblèrent suivies de succès. — Guérison apparente. Cependant quarante-cinq jours après l'accident, retour du malade à l'hôpital. — Douleurs vives à la partie antérieure gauche du cou. — Il est placé aux fiévreux où on le soumet *à un traitement antiphlogistique dont l'effet fut secondé par un régime doux.* — Nouvelle apparence de guérison. — Un mois plus tard il rentre à l'hôpital, accusant toujours la même douleur. — Point de traitement particulier. — Enfin le 9 juillet, une hémorragie de sept livres de sang se manifeste. Le lendemain, la perte de sang se renouvelle plus forte que la veille, et le malade meurt dans la nuit, trois mois après l'injestion de l'esquille.

A l'autopsie, on trouva vers le tiers supérieur de l'œsophage deux ulcérations, dont une s'abouchait, dit l'auteur de l'observation, avec l'artère *carotide interne* gauche. Est-il bien vrai que c'était là un de ces cas malheureux où l'homme de l'art ne peut rien entreprendre pendant la vie et où il déplore, après la mort de la victime, l'imperfection du diagnostic médical qui

ne lui a pas permis de reconnaître une lésion à laquelle il pouvait opposer des moyens, dont le succès le plus complet devait couronner l'usage? Je ne le crois pas; cet homme entra trois fois à l'hôpital: une première, sur les renseignemens qu'il donna lui-même, on lui introduisit une sonde de gomme élastique dans l'œsophage, et l'on crut avoir rendu libre le passage des alimens, tandis qu'on n'avait probablement fait que renverser l'os sur une de ses faces; et lorsqu'ensuite il revint à deux reprises différentes dans le même établissement, avec une douleur constante et très-vive au côté gauche du larynx, au lieu de faire de nouvelles recherches sur l'état des voies alimentaires, puisqu'on connaissait les premiers renseignemens donnés; on ne mit en usage *qu'une médication antiphlogistique et un régime doux*, vraie médecine de symptômes qui n'a pas empêché le malade de succomber.

5e Observation. Dans l'hiver de 1833 à 1834 j'assistai, à l'hôpital militaire de Lyon, à l'autopsie d'un homme appporté trente-six heures auparavant, dans un état désespéré. Ce militaire, ayant trouvé dans sa gamelle une esquille d'os, la tailla carrément, aiguisa ses bords, et l'ayant mise dans sa bouche, l'avala dans un moment de distraction. Cet homme éprouva au premier abord de la douleur et une grande difficulté de déglutition. Mais, après quelques tentatives que fit le chirurgien du corps pour repousser le fragment dans l'estomac, ce soldat, pouvant avaler comme à l'ordinaire et ne ressentant plus que quelques picotemens, on crut l'avoir débarrassé. Quinze jours après une hémorragie violente se déclara, le vomissement sanguin dura une grande partie de la journée, et c'est dans cet état qu'on le transporta dans une salle de fiévreux. Il mourut le même jour. — M. Laroche, chirurgien en chef de l'hôpital, désirait l'opérer, mais l'état pitoyable dans lequel se trouvait ce malade l'en empêcha.

L'ouverture du cadavre nous fit découvrir l'os incrusté par deux de ses bords dans les parois de l'œsophage, à la hauteur de

de la division de la trachée-artère (cette pièce pathologique est conservée à l'hôpital). Tout ce qui précède conduit aux conclusions suivantes :

1° L'examen d'un malade qui a un corps étranger dans l'œsophage, doit être fait avec le soin le plus scrupuleux.

2° Après l'introduction d'une sonde dans l'œsophage pour retirer ou enfoncer dans l'estomac un corps étranger, il faut, surtout, porter la plus grande attention sur le malade, s'assurer qu'une douleur fixe ne persiste pas dans un point quelconque du trajet du conduit alimentaire.

3° Il faut faire, dans ce cas, de nouvelles tentatives pour rechercher le corps et l'extraire. Si ces efforts sont infructueux, s'il y a gêne de la respiration, menace de suffocation, qu'il y ait tension et tuméfaction inflammatoire du cou, céphalalgie intense, bourdonnement d'oreille, haleine fétide et d'une odeur de suppuration, soit putride, soit gangréneuse, etc., etc., il faut opérer, après s'être assuré qu'aucune autre lésion organique ne peut entretenir les sympsômes existans et que toutes les chances se réunissent pour les attribuer à la présence d'un corps étranger.

4° L'œsophagotomie doit être faite de bonne heure, parce que si l'on diffère les accidens se manifestent et les chances seront doublées pour voir périr le malade.

Progrès de l'OEsophagotomie.

Lorsque, par la rareté des guérisons et par la fréquence et la gravité des accidens, on fut porté à voir qu'il n'y avait pas d'autre moyen qu'une opération pour sauver la vie des malades affectés de corps étrangers retenus dans l'œsophage, ce ne fut pas l'œsophagotomie qui fut d'abord exécutée ; avant tout, les symptômes alarmans, qui survenaient, occupèrent vivement les praticiens ; la suffocation fut le premier qu'on chercha à détruire, et l'on eut recours à la bronchotomie. Habicot la pratiqua dans

cette extrémité, et Hevin ajoute, dans son mémoire, que cette opération pouvait avoir encore un autre usage, dont Habicot ne parle pas, et qui était d'ouvrir une voie à la sortie du corps étranger. On remarqua ensuite que par la bronchotomie on n'allait pas enlever directement la cause du mal ; de plus, l'expérience prouvait que la guérison rapide des plaies considérables de l'œsophage ou du pharynx garantissait assez la réussite d'une opération pratiquée sur ces organes : dès lors Verduc proposa la pharyngotomie. Présentée d'une manière vague par cet auteur, cette opération fut décrite avec plus de soin par Guattani sous le nom d'œsophagotomie. Il prouva par des expériences sur des chiens, qu'elle pouvait être pratiquée avec succès, et démontra qu'elle était aussi praticable sur le corps humain. Ensuite Louis, secrétaire perpétuel de l'illustre Académie royale de chirurgie, inséra dans les mémoires de cette société une note concernant deux opérations de ce genre, suivies d'un succès complet. La première fut faite par Goursaud en 1738 ; la deuxième, par Rolland, chirurgien-major au régiment de Mailly. Aujourd'hui on n'est pas encore d'accord sur l'emploi de l'œsophagotomie. Chopart, Desault, depuis Boyer, voulaient qu'on ne pratiquât l'opération que lorsqu'on était guidé par la saillie du corps étranger. Le seul motif plausible de cette conduite est la crainte de ne pas reconnaître le corps ; or, ce motif est-il capable d'arrêter, lorsque les circonstances commémoratives, les symptômes alarmans, tout, en un mot, prouve que le malade a un corps étranger dans l'œsophage et est destiné à une mort inévitable, s'il n'est promptement débarrassé ? Je ne le pense pas ; on ne peut ici que partager l'opinion de M. Begin, qui a trouvé assez de ressources dans les rapports anatomiques de la région œsophagienne pour indiquer les règles précises d'un manuel opératoire, alors même qu'il n'existe aucune saillie du corps étranger. Dans tous les cas, dit ce professeur, il est bien autrement facile de varier, de renouveler, de prolonger des tentatives d'extraction ou d'enfoncement à travers une plaie qui diminue

de beaucoup la distance, et par laquelle les instrumens ne provoquent, chez les malades, aucune sensation désagréable, qu'en plongeant, par la bouche, des tiges métalliques : instrumens qui excitent de la gêne, de la douleur de la suffocation, des convulsions pénibles de toutes les parties contractiles de la gorge.

De l'OEsophagotomie.

REMARQUES ANATOMIQUES.

Avant d'entreprendre cette opération sinon difficile, au moins délicate, il faut toujours avoir présent à la mémoire les principaux rapports anatomiques de l'œsophage avec les parties voisines. On voit d'abord 1° que l'œsophagotomie a pour lieu d'élection un triangle dont le bord interne est formé par le relief du système trachéal, et le bord externe par celui du muscle sterno-cléido-mastoïdien ; 2° que l'œsophage se rapproche beaucoup plus du bord interne sous lequel il est caché, mais qu'il dépasse un peu à gauche, comme l'a démontré, le premier, Eustachius, et ensuite Guattani ; 3° qu'il est cotoyé en dehors par la branche anastomotique du grand hypoglosse, par le filet de communication des ganglions cervicaux, le pneumo-gastrique, l'artère carotide primitive et la veine jugulaire interne, organes qui sont croisés en avant par le muscle omoplato-hyoïdien, en arrière par l'artère thyroïdienne inférieure ; 4° qu'il est recouvert à sa partie antérieure et immédiatement au-dessus du sternum par le nerf recurrent (circonstance importante à noter pour nous dans la modification que nous proposons dans le procédé de M. Bégin) ; 5° que toutes ces parties ne peuvent être mises à nu que lorsqu'on aura incisé la peau, le peaucier et les différentes toiles aponévrotiques qui les maintiennent au-devant de la colonne vertébrale.

C'est dans l'espace triangulaire compris entre le recurrent en

dedans, l'artère thyroïdienne inférieure en haut, et le faisceau vasculo-nerveux du cou en dehors, que je propose d'opérer. Mesuré dans sa hauteur, ce triangle donne près de deux pouces au-dessus du sternum, et sa base présente au-dessous de l'artère thyroïdienne inférieure une largeur de huit à dix lignes. — Cet espace permet de faire agir l'instrument avec facilité, et l'on n'a point à redouter, quand on opère avec prudence, de léser aucun organe important. M. Bégin prescrit, au contraire, de faire l'opération entre la thyroïdienne inférieure et la supérieure. Il a, à la vérité, moins à craindre la section du nerf recurrent ; mais ce qu'il redoute le plus, c'est la section de l'artère thyroïdienne inférieure, tandis que pour lui celle de l'artère supérieure est peu grave. On ne voit nullement la raison de cette préférence, puisqu'on peut aussi bien lier l'une que l'autre ; d'ailleurs, en faisant l'incision plus bas dans le triangle indiqué, on ne court pas plus le risque de couper la thyroïdienne inférieure, et on se réserve l'avantage de pouvoir atteindre un corps étranger qui serait profondément engagé dans l'œsophage. Il faut faire attention qu'ici on opère dans des cas, sinon douteux, au moins où il n'y a pas de saillie du corps étranger, et que par conséquent il faut inciser l'œsophage le plus bas possible ; car, il est évident que lorsque le corps fera saillie au-dessus de la thyroïdienne supérieure, on fera l'incision comme M. Bégin l'indique.

Comme le procédé de M. Bégin et la modification de ce procédé qui résulterait de l'examen des rapports anatomiques indiqués ci-dessus, peuvent également trouver leur application, nous ne pouvons mieux faire que d'indiquer les deux manières d'opérer.

Mais je crois qu'auparavant il serait bon de faire précéder la description du premier de ces procédés, par une des deux observations qui y ont donné lieu ; je choisirai la seconde, parce qu'elle prouvera peut-être qu'avec le procédé que je propose l'extraction du corps étranger eût souffert moins de peines et de difficultés.

Observation. « R. (Benjamin-Joseph), sapeur-pompier, âgé « de 28 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, à poitrine « étroite, d'une constitution peu vigoureuse, sentit tout-à-coup, « en mangeant la soupe du matin, le 13 février 1831, un « corps étranger s'arrêter dans sa gorge. Effrayé, il demanda « de prompts secours, et quatre grains d'émétique lui furent « administrés, sans que les efforts de vomissement, excités par « cette substance produisissent aucune expulsion.

« Le 14, il arriva à l'hôpital; aucune douleur vive n'exis- « tait au cou, cette partie était exempte de tuméfaction, la « respiration s'opérait avec une entière liberté; la voix non plus « que la parole, n'avaient subi la moindre altération.

« Quelques essais furent tentés pour extraire ou pour pousser « plus bas le corps étranger, mais ils demeurèrent sans résultat. « Aucun phénomène grave ne se manifestant, on ne pratiqua « pas d'évacuation sanguine; le malade put prendre, durant la « journée, un peu de bouillie très-liquide, et la nuit fut assez « calme.

« Le lendemain 15, quatrième jour depuis l'accident, le ma- « lade fut attentivement examiné à la visite du matin. Les mêmes « dispositions que la veille existaient encore; on n'observait ni « tuméfaction au cou, ni agitation fébrile, ni anxiété.

M. Begin fit de nouvelles tentatives, il les répéta le 16 et le 17, mais sans aucun succès; telle était, dit-il, l'enclavement du corps étranger, que le crochet se redressa durant les tractions exercées sur lui, et fut ramené en le laissant à la place qu'il occupait.

« Malgré tant d'efforts, aucun accident ne se développait. La « journée et la nuit furent calmes, et le 18 le malade se trou- « vait si bien, si exempt de douleur; il avait avalé ses boissons, « ainsi que la bouillie très-claire, avec tant de facilité, qu'il « nous supplia de ne rien tenter de nouveau. Il pensait, et « l'on partagea cette opinion, que peut-être les parties seraient « le lendemain mieux disposées, que de la détente serait sur-

« venne, et que les parois de l'œsophage, serrant l'os avec moins « de force, on pourrait le retirer ou le précipiter plus faci- « lement.

« Ces espérances ne se réalisèrent pas, la nuit fut orageuse « et sans sommeil; la déglutition devint difficile et pénible, « la respiration éprouva quelque gêne, et le 19 le malade, presque « désespéré, déclara sa résolution de se soumettre à tout ce « que l'on voudrait entreprendre pour le délivrer.

« Nouveaux essais, mais infructueux.

« Le malade cependant s'affaiblissait sous la triple influence « de la douleur locale, de l'inquiétude et de la privation pres- « qu'absolue des alimens; une douleur d'oreille assez vive s'était » développée du côté gauche. L'os semblait être un peu des- « cendu; on croyait le sentir moins nettement; on le saisissait « avec plus de difficulté, et ces circonstances semblaient indi- « quer qu'il avait déjà en partie quitté l'œsophage, pour glisser « entre les parois de ce conduit et les organes voisins.

« Toutes les craintes excitées par le sujet de la première ob- « servation, se produisirent alors. R. toutefois était moins fort, « moins calme que son devancier; le corps étranger qu'il por- « tait, à en juger par l'écartement des branches des instrumens, « était plus volumineux; il était également plus solidement fixé, « et il devait offrir, pour être mené au dehors, plus de résis- « tance; mais on ne pouvait plus que perdre, en attendant « davantage; l'opération fut donc unanimement résolue pour « le lendemain, 20 février, huitième jour depuis l'accident. »

Il me devient ici nécessaire de parler des préparatifs que l'on fit dans la première opération. « L'appareil consista en bistouris « droits, convexes, boutonnés; en sondes cannelées, avec ou « sans cul-de-sac; en pinces à ligature, ténaculum et fils cirés; « en ciseaux droits et courbes; enfin, en pinces à pansemens « et pinces à polypes, de formes et de dimensions variées; des « éponges, un linge fenêtré enduit de cérat, de la charpie, « compresses, une bande et des vases contenant de l'eau froide « et de l'eau chaude, complétèrent ces préparatifs.

« Le malade fut laissé dans son lit, les épaules médiocrement
« élevées, la tête reposant sur des oreillers, et maintenue im-
« mobile par un aide, le visage un peu incliné à droite et le
« cou légèrement tendu. On plaça le lit devant une fenêtre bien
« éclairée, de telle sorte que la lumière tombait obliquement
« sur le côté gauche du cou, afin de ne gêner ni l'opérateur,
« ni ses aides. Un de ceux-ci placés au coté droit du malade
« devait maintenir la trachée artère, l'attirer vers lui, placer,
« s'il en était besoin, les ligatures; en un mot, coopérer à la
« la pratique de l'opération.

« R... qui avait beaucoup souffert la nuit, était calme et
« résigné.

« Une incision longitudinale, longue de trois pouces, étendue
« depuis un travers de doigt au-dessus de l'articulation sterno-
« claviculaire gauche, jusqu'au niveau de l'hyoïde, divisa les
« les tégumens parallèlement au bord gauche de la trachée
« artère et du larynx. Le muscle peaucier étant divisé d'un
« second coup, l'instrument pénétra dans l'intervalle celluleux
« qui sépare le tube aërien et l'œsophage d'une part, des nerfs
« ainsi que des vaisseaux profonds du cou de l'autre. Le muscle
« omo-hyoïdien, croisant à angle aigu la portion supérieure
« de la plaie, fut divisé sur une sonde cannelée, glissée au-
« dessous de lui. Une artériole provenant de la thyroïdienne
« supérieure fut ouverte, et aussitôt liée » (dans la première opé-
ration, deux rameaux artériels furent lésés, dont un, suivant
M. Begin, pouvait être le tronc même de la thyroïdienne su-
périeure; leur ouverture et l'écoulement de sang qui s'ensuivit,
empêcha pendant quelque temps l'opérateur de continuer), « à
« mesure que la section du tissu cellulaire avançait, l'aide placé
« vis-à-vis de l'opérateur, s'emparait du côté interne de la plaie
« et le tirait doucement à droite; tandis que le chirurgien lui-
« même, à l'aide de la pulpe des trois premiers doigts de la
« main gauche, protégeait et écartait en dehors le paquet vas-
« culaire et nerveux.

« On arriva ainsi jusqu'à la profondeur de l'œsophage. Le « doigt indicateur de la main droite, promené alors le long de « la plaie, sentit en bas à travers plusieurs couches de parties « molles, et un peu au-dessus du sternum une saillie anormale « dure, anguleuse, qui ne pouvait être formée que par le corps « étranger, mais il était placé trop bas pour qu'on pût inciser « sur lui sans courir le danger d'ouvrir le tronc ou quelqu'une « des branches de l'artère thyroïdienne inférieure. La pointe du « bistouri fut donc enfoncée seulement vers la partie inférieure « de la plaie, dans le côté gauche et un peu postérieure de « l'œsophage, il y pratiqua une ouverture de quelques lignes, « qui fut ensuite agrandie de bas en haut avec le bistouri boutonné.

« Le doigt indicateur gauche, introduit dans la cavité œso- « phagienne et dirigé en bas, sentit alors le corps étranger et « guida jusqu'à lui de fortes pinces. Il était volumineux, placé « transversalement, ayant une de ses faces en avant et l'autre « en arrière. Ce ne fut pas sans de laborieux efforts qu'il fut « possible de dégager d'abord son extrémité droite, qui paraissait « la moins volumineuse, puis de le culbuter dans l'œsophage, « puis de l'amener au dehors. »

L'os était un fragment de la partie spongieuse d'un os long. Il avait onze lignes dans sa plus grande largeur, et seize de l'extrémité de son sommet à sa base.

Il me semble que, si M. Bégin eût prolongé l'angle inférieur de la plaie jusqu'au sternum, il eût pu inciser sur le corps même, sans aucune crainte de couper l'artère thyroïdienne inférieure; car ce vaisseau, qui naît de la sous-clavière, monte d'abord verticalement dans l'étendue de plusieurs lignes jusqu'au devant de la cinquième vertèbre, et se dirige ensuite obliquement en haut et en dedans vers le corps thyroïde, de manière à laisser entr'elle et le sternum un espace de près de deux pouces, dans le plus grand nombre de cas.

Après quelques instans de repos, le malade fut pansé simplement, soumis à une diète sévère: les boissons furent ingérées

au moyen de la sonde œsophagienne; le sixième jour il entrait en convalescence.

Maintenant ma tâche est facile, il me suffit de donner une idée succincte du second procédé.

Les préparatifs sont les mêmes. Une incision de deux pouces et demi qui part à deux lignes au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire gauche, est pratiquée sur le rebord interne du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien ; cette incision met à nu le peaucier que l'on divise, ainsi que le feuillet superficiel de l'aponévrose du cou. On tombe alors sur la face externe des muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien ; l'aide les tire à droite en même temps que la glande thyroïde ; on sépare entièrement ces parties, et l'on découvre le paquet des vaisseaux artériels et veineux du cou, la branche anastomotique du grand hypoglosse et le muscle omoplato-hyoïdien, qu'il est inutile de diviser. On incise la gaine qui entoure le faisceau formé par la carotide primitive, la veine jugulaire interne et le nerf pneumo-gastrique, on les tire en dehors, en continuant la dissection du tissu cellulaire qui les fait adhérer aux parties environnantes. On voit alors l'œsophage que l'on reconnaît facilement à sa couleur et aux mouvemens d'ondulation qu'il opère pendant la déglutition ; il est croisé en avant et très-obliquement de bas en haut par le nerf recurrent qui borne en dedans l'espace triangulaire dont nous avons parlé, et où il est facile de faire une incision de près de vingt lignes de longueur, de haut en bas et un peu d'avant en arrière, sans crainte de léser aucune artère importante.

Après l'extraction du corps étranger, les lèvres de la division doivent être, non pas réunies à l'aide de bandelettes agglutinatives et encore moins de points de suture, mais seulement rapprochées, recouvertes avec un linge fenêtré, enduit de cérat ou de styrax, et ensuite de plumasseaux de charpie ; des compresses locales et circulaires, surmontées de quelques tours de bande, affermiront et compléteront cet appareil.

FIN.

Faculté de Médecine de Montpellier.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELLILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DUGES.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS.	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD, Président.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO de AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGREGES EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUNHOHLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.